

事務部長	医事課長	係 員

入院申込書兼誓約書

貴院に入院の上は、入院料その他所定の諸料金は規則通り必ず納付いたします。
 なお、規則や指示事項は堅く守り、万一違反いたしました時は何時退院を命ぜられ
 ましても、決して異義は申しません。 患者番号 _____

患 者	現住所	〒 [] [] - [] [] [] []		TEL _____				
	フリガナ			性別	男・女			
	氏名							
	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日生 (歳)						
者	職 業							
	勤務先	名称						
		住所	〒 [] [] - [] [] [] []		TEL _____			
	診療費支払方法(○を付けてお選び下さい)							
協会		組合	共済	船員	国保	後期	その他(_____)	続柄(本・家)

独立行政法人地域医療機能推進機構 京都鞍馬口医療センターへの入院を申し込みます。

入院日 平成 年 月 日

申 込 者	現住所	〒 [] [] - [] [] [] []		TEL _____	
	フリガナ			本人との関係	
	氏名			(印)	
	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日生 (歳)			
者	職 業				
	勤務先	名称			
		住所	〒 [] [] - [] [] [] []		TEL _____

独立行政法人地域医療機能推進機構 京都鞍馬口医療センター 院長殿

- (注) 1. 申込者が患者本人の場合、「申込者」欄の記入については、「氏名」欄以外の記入は不要です。
 2. この入院申込書は、「申込者」本人が自署する場合は押印は不要です。但し、それ以外の場合は氏名の右横に押印が必要となります。